



DIPARTIMENTO ESECUTIVO
DELLO STATO DI NEW YORK
(STATE OF NEW YORK EXECUTIVE DEPARTMENT)
UFFICIO SERVIZI PER LE VITTIME
(OFFICE OF VICTIM SERVICES)
www.ovs.ny.gov

Numero pratica:

Nome del richiedente:

Autorizzazione vittima/richiedente:

RICONOSCO che accettare un risarcimento dall'Ufficio servizi per le vittime di violenza (Office of Victim Services, OVS) crea un diritto di pegno a favore dello Stato di New York sull'eventuale recupero relativo al reato a cui fa riferimento la presente richiesta, incluso qualsiasi sentenza, liquidazione o pagamento di un ordine di riparazione. Autorizzo inoltre qualsiasi impresario di pompe funebri, rappresentante legale, datore di lavoro, forza dell'ordine o altra autorità pubblica, compagnia di assicurazione o chiunque abbia erogato servizi alla suddetta persona, o che ne sia a conoscenza, a fornire le seguenti informazioni all'OVS o ai suoi rappresentanti: Documentazione relativa alle indennità per infortunio sul lavoro, informazioni relative al reato o alle lesioni/decesso a causa del reato e informazioni relative alla presente richiesta di risarcimento. In caso di risarcimento, autorizzo l'OVS a versare i pagamenti direttamente a chi ha erogato i servizi. Autorizzo inoltre l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con il Programma di assistenza alle vittime di violenza (Victim Assistance Program, VAP) locale elencate nella richiesta o con qualsiasi ente governativo locale nello Stato di New York per aiutare le vittime di un reato affinché il VAP o l'ente governativo locale collabori con l'OVS a elaborare la mia richiesta e ad assumere una decisione. Nel caso in cui sia stato indicato un avvocato privato nel presente modulo, autorizzo l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento anche con tale avvocato affinché possa rappresentarmi. Sono consapevole che, in aggiunta alla presente autorizzazione, è necessario che venga presentato un avviso di comparizione da parte del mio avvocato. Nel caso in cui sia stato indicato un familiare, un amico o un'altra persona nel presente modulo, autorizzo l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con la suddetta persona affinché possa aiutarmi con la presente richiesta.

Una fotocopia della presente autorizzazione avrà la stessa validità dell'originale.

Firma del richiedente

Data

Recapito telefonico diurno

Indirizzo e-mail del richiedente

